

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 54

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Hygromas à Grains Riziformes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger MORISSON

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né le 17 Octobre 1881, à Lille (Nord)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, rue Stella, 3

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 54

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Hygromas à Grains Riziformes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Décembre 1903

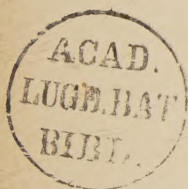
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger MORISSON

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né le 17 Octobre 1881, à Lille (Nord)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, rue Stella, 3

—
1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales	}	BARD.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		JABOULAY.
Clinique ophtalmologique		X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAYET.
Clinique des maladies mentales		GAILLETON.
Clinique des maladies des enfants		PIERRET.
Physique médicale		WEILL.
Chimie médicale et pharmaceutique		MONOYER.
Chimie organique et Toxicologie		HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique		CAZENEUVE.
Parasitologie		BEAUVISAGE.
Anatomie		LORTET.
Anatomie générale et Histologie.		TESTUT.
Physiologie.		RENAUT.
Pathologie interne		MORAT.
Pathologie externe.		TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales		AUGAGNEUR.
Anatomie pathologique		MAYET.
Médecine opératoire		TRIPIER.
Médecine expérimentale et comparée.		POLLOSSON (M.)
Médecine légale		ARLOING.
Hygiène		LACASSAGNE.
Thérapeutique.		COURMONT (J.)
Pharmacologie		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique	DURAND —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), *Président* ; M. POLLOSSON (A.), *Assesseur* ;

MM. VILLARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. MORISSON

Médecin Principal de 1^{re} classe en retraite

Officier de la Légion d'Honneur

Décoré de la Médaille Coloniale

Officier de l'Instruction Publique

Commandeur du Nicham

Lauréat de l'Académie de Médecine

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TESTUT

Professeur d'Anatomie
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERNAY

Interne des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

Professeur de Médecine Opératoire
Chirurgien Major de l'Hôtel-Dieu

A MES MAÎTRES

de Paris et de Lyon

PRÉFACE

L'idée première de ce travail revient à M. le Dr Duvornay, Interne des Hôpitaux ; nous tenons à le remercier ici de l'amabilité avec laquelle il nous a toujours reçu, et de la complaisance qu'il a mise à nous communiquer une intéressante observation recueillie dans le service de M. le Professeur Agrégé Rollet, et à guider nos recherches.

A nos maîtres de Paris, nous venons apporter aussi le témoignage de notre respectueuse gratitude, et tout particulièrement à M. le Professeur Farabeuf, dans le Laboratoire duquel nous avons eu l'honneur de disséquer pendant près d'un an, à M. le Dr Ombredanne, Procureur à la Faculté, à M. le Dr Fernand Monod, Ancien Aide d'Anatomie, qui ne nous ont ménagé ni conseils ni encouragements.

M. le Professeur Testut a bien voulu nous accueillir à notre arrivée à Lyon, avec une grande bienveillance ; nous tenons à lui en exprimer toute notre reconnaissance. Nous avons eu l'insigne honneur de préparer pour ses travaux quelques pièces anatomiques dans son Laboratoire, et c'est en écoutant l'enseignement familial du Maître à ses élèves, que s'est accru notre goût pour l'anatomie. Qu'il veuille bien nous permettre de lui dire encore une fois merci pour l'extrême affabilité avec laquelle il a toujours accueilli nos requêtes, et qu'il veuille bien nous considérer comme son Elève respectueusement dévoué.

Nous tenons à remercier aussi M. le Médecin Inspecteur Annequin, qui, durant un séjour que nous fîmes à l'hôpital Desgenettes, nous prodigua tous ses soins : qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

M. le Médecin Major de 1^{re} classe Ructte a bien voulu nous confier une très intéressante observation ; c'est pour

nous une occasion nouvelle de lui dire notre gratitude non seulement pour le texte inédit qu'il nous a remis, mais encore pour ses excellentes leçons cliniques que nous avons suivies avec beaucoup d'intérêt pendant près de deux ans, et dont nous avons retiré le plus grand profit.

Que M. le Médecin Major Vialle nous permette de le remercier ici de l'obligeance qu'il a mise à nous communiquer l'histoire clinique d'un de ses opérés.

De tous nos souvenirs d'Ecole, il nous reste l'impression que durant trois années nous avons cotoyé beaucoup d'indifférents avant de rencontrer quelques amitiés sincères et durables. Pendant deux ans notre ami le Dr Maurice Carayon a partagé nos joies et nos peines. Notre amitié quasi fraternelle n'est pas de celles que des années de séparation dissolvent. et si les hasards de la vie militaire nous éloignent l'un de l'autre, notre mutuelle affection n'en sera pas amoindrie.

Parmi nos autres bons camarades qui se reconnaîtront sans peine dans ces lignes, nous voulons une fois de plus affirmer ici au Docteur René Bellot toute notre affectueuse sympathie.

Si nous jetons un regard en arrière sur notre séjour à Lyon, nous trouvons beaucoup d'heures grises à côté de quelques minutes agréables, et c'est pour ces moments heureux que nous venons dire aujourd'hui un dernier merci aux personnes amies à qui nous en sommes redevables.

M. le Professeur Maurice Pollosson nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre thèse, qu'il nous permette dès maintenant de l'assurer de notre sincère reconnaissance.

Nous tenons enfin en terminant à remercier M. le Professeur agrégé Rollet qui a bien voulu nous autoriser à reproduire une de ses observations ainsi que la photographie qui y était jointe, nous le prions de croire à toute notre gratitude.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de présenter dans notre Thèse une étude absolument originale de l'Hygroma à grains riziformes. Cette affection est en effet connue et étudiée depuis longtemps, mais il nous a paru que la rareté même de ces cas observés justifiait pleinement le travail que nous avons entrepris.

Nous nous sommes efforcé d'envisager nettement certains points un peu spéciaux laissés dans l'ombre par nos prédécesseurs, et de développer certaines idées, certaines théories qui découlent naturellement des cas que nous rapportons. C'est ainsi que nous avons pu exposer une conception nouvelle du bruit de chaînon en nous appuyant sur un certain nombre d'observations déjà publiées et sur deux observations inédites.

Nous avons divisé notre étude de la manière suivante : dans notre premier chapitre nous faisons l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'Hygroma à grains riziformes.

Notre chapitre deux traite la symptomatologie et le diagnostic.

Notre chapitre trois est consacré au traitement.

Nous terminons enfin notre travail par la citation de dix-neuf observations, dont deux inédites.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'Hygroma à grains riziformes, ou bursite à grains de Lejars est une affection relativement rare si on la compare à la grande fréquence des synovites de même nature. Peu d'auteurs jusqu'à présent se sont occupés de déterminer les conditions étiologiques qui président au développement au niveau de bourses séreuses normales ou accidentelles, du processus tuberculeux dans cette forme si particulière.

Ces conditions prédisposantes ou déterminantes, sont du reste assez obscures. L'étude attentive des dix-neuf observations que nous avons pu réunir nous a montré que l'influence de l'âge est minime : enfants, adultes, sujets âgés, toutes ces catégories diverses sont susceptibles de présenter la lésion qui nous occupe. Si le sexe masculin semble payer un plus lourd tribut à cette affection, il semble bien que cela résulte de ses conditions particulières d'existence l'exposant beaucoup plus aux travaux pénibles et aux traumatismes.

Deux facteurs semblent dès l'abord devoir attirer l'attention : nous voulons parler du traumatisme et

des tares héréditaires. Traumatisme unique violent, traumatismes répétés, ne doivent pas selon nous être incriminés dans la même proportion. Le trauma unique ne paraît guère en effet capable de déterminer à lui seul l'hygroma à grains : d'ailleurs, quel est le malade qui ne rattache pour ainsi dire instinctivement la lésion dont il est porteur à une cause traumatique : nous voyons bien souvent en clinique qu'un tel renseignement est suspect et sans valeur ; dans d'autres cas un coup ne fait qu'attirer l'attention du sujet sur une tuméfaction qu'il portait depuis longtemps sans être gêné.

Toute autre paraît être l'influence des traumatismes répétés, frottements, pressions multipliées : il y a là vraiment une épine irritative capable comme on le voit souvent de développer une bourse séreuse anormale, capable à plus forte raison de localiser en un point donné un processus bacillaire latent. Dans l'observation III (Gosselin) c'est la pression répétée d'un panier sur l'épaule : dans l'observation IV (Regnault) c'est la profession de charpentier qui oblige le malade à se mettre à genoux, dans l'observation VIII (Delorme) c'est sans doute le frottement de la cuirasse sur l'épaule qui doit être incriminé : nous pourrions multiplier ces citations sans grand intérêt, notons pourtant encore l'observation XVII (Duvernay) où il s'agit d'un plâtrier-peintre qui travaillait souvent, un genou à terre et chez lequel se développa à ce niveau un hygroma à grains absolument typique.

L'influence de la tare héréditaire mérite aussi de ne pas être négligée : tout individu dont le passé héré-

ditaire est entaché de bacillose se trouve pour ainsi dire en état de moindre résistance, à plus forte raison si c'est dans ses antécédents personnels que l'on retrouve la tuberculose.

Il est cependant parmi nos observations quelques cas dans lesquels on ne note absolument rien dans les antécédents : ceci en somme n'a rien qui doive surprendre car les tuberculoses locales s'observent fréquemment isolées et les malades qui en sont porteurs peuvent fort bien ne jamais présenter des lésions pulmonaires.

En somme conditions prédisposantes et conditions déterminantes se mélangent étroitement : chez les uns ce sera la bacillose qui sera localisée par le traumatisme, tandis que chez d'autres le traumatisme répété créera un *locus minoris resistentiæ* où se développera alors une tuberculose jeune.

Certaines professions pourront donc être considérées comme jouant un rôle important dans l'apparition de ces hygromas : les parqueteurs, les couvreurs, les cireurs d'appartements, les charpentiers y seront plus exposés que d'autres, car ces professions nécessitent l'accomplissement de certains mouvements, de certaines positions dans lesquelles une région particulière est à chaque instant exposée à des frottements ou de légers coups répétés. Et c'est ce qui prouve bien la diversité de siège des bursites à grains : chaque corps de métier a pour ainsi dire sa localisation propre, son lieu d'élection ; même certains sujets font leur hygroma dans une bourse anormale, comme par exemple dans le cas de M. Vialle.

Comment expliquer maintenant la formation des grains ? La conception si simple de cette formation dans les synovites ne saurait être invoquée ici, et la pathogénie devient très obscure : ici en effet point de tendons allant et venant, point de mouvements incessants capables de mettre en liberté des corpuscules pédiculés, pas d'enroulement d'un lambeau pariétal sous l'influence de ces mouvements : aucune de ces causes ne se rencontre au niveau des bourses séreuses, aussi le mécanisme de la formation des grains est-il encore très controversé et c'est à l'anatomie pathologique que l'on doit les quelques données que l'on possède à ce sujet .

Il nous paraît donc nécessaire de jeter un coup d'œil sur les lésions que le microscope montre au niveau d'un hygroma à grains riziformes. Et tout d'abord, discuterons-nous la nature bacillaire de l'affection ?

Depuis les recherches de Laennec qui le premier en 1805 étudia les corps flottants dans le liquide d'un hygroma et les prit pour des vers vésiculaires auxquels il donna le nom d' « *Acephalocystis plana* » jusqu'à celles de Raspail en passant par celles de Dupuytren et Cooper en 1844, tous les premiers auteurs qui s'occupèrent des grains riziformes les prirent pour des corps organisés. C'est à Nicaise, Poulet et Vaillard en 1855 que revient tout l'honneur d'avoir découvert dans les parois d'un hygroma la présence de nodules tuberculeux et de bacilles de Koch. C'est eux qui pratiquèrent les premières inoculations de grains au cobaye et au lapin et qui réussirent à provoquer la tuberculose chez ces animaux.

Depuis ces auteurs, les travaux de Volkmann, de Koster, de Nélaton ne firent que confirmer ces premières recherches et l'on peut affirmer actuellement la nature tuberculeuse de cette affection. Les inoculations pratiques systématiquement donneraient presque toujours des résultats positifs comme elles en ont donné dans le cas de M. Ruotte (Obs. XVIII).

Si l'on pratique l'examen anatomo-pathologique d'une poche d'hygroma à grains enlevée par exemple par dissection, on constate macroscopiquement une tumeur de volume plus ou moins considérable, assez irrégulière, pouvant cependant présenter une paroi externe lisse, tantôt adhérente aux plans voisins, tantôt énucléable avec de véritables plans de clivage. La paroi interne de la poche est généralement assez lisse, présentant cependant parfois quelques excroissances villeuses (Manz. de Friburg). Le contenu est tantôt exclusivement formé par les grains de volume variable pouvant aller d'un grain de millet à un petit noyau de cerise, tantôt par un liquide plus ou moins citrin tenant les grains en suspension. Leur structure est assez différente suivant que l'on a affaire à de gros ou de petits grains. Les premiers semblent en effet constitués sur les coupes par l'enroulement sur eux-mêmes des débris pariétaux, et ils sont assez régulièrement ovoïdes et lisses. Les seconds au contraire que l'on retrouve parfois accolés à la membrane comme une branche de corail sur un rocher, sont très irréguliers, fréquemment réunis par petites grappes, et semblent une véritable végétation de la paroi, détachée par suite des frottements.

Il est à remarquer que la poche n'est pas toujours unique : elle est souvent subdivisée en deux, soit par un rétrécissement en sablier, soit par un véritable canal, soit enfin par une sorte de diaphragme et nous verrons en étudiant la symptomatologie toute l'importance qu'il faut attacher à cette disposition.

Nous avons pu, grâce à l'obligeance de M. Duvernay examiner les préparations microscopiques provenant du malade qui fait le sujet de l'observation XVII et voici ce que nous avons été à même de constater : la paroi est peu épaisse, colorée à l'hématéine-éosine ; on y trouve en allant de dehors en dedans trois couches assez distinctes. La couche la plus externe, de nature conjonctive, présente tous les éléments du tissu conjonctif adulte, sans grandes modifications ; la couche moyenne montre une série de transformations très intéressantes : il semble que de la périphérie au centre, les fibres connectives aient subi une certaine dégénérescence hyaline, s'accolant en files anastomosées qui donnent à cette couche un aspect fenêtré. La couche interne enfin, semble avoir à sa périphérie condensé une multitude de cellules jeunes à noyau très net, ayant comme un regain de vitalité, tandis que sa partie la plus centrale se soulève et se détache par places en feuillets minces et grêles qui deviennent indépendants. En aucun point de la préparation, nous n'avons pu mettre en évidence de follicules tuberculeux, ni de cellules géantes.

L'examen de quelques grains que nous avons ensuite fait, nous a montré qu'ils avaient une structure en quelque sorte feuilletée, la substance hyaline qui les

composait s'étant disposée en lamelles concentriques. Quelques-uns de ces grains étaient encore adhérents à la paroi dont une mince lame se détachait comme pour s'enrouler autour du grain.

Si nous nous reportons maintenant à la description de Manz, de Fribourg, nous voyons que cet auteur a presque constamment trouvé dans ses préparations des cellules géantes et une zone de cellules épithélioïdes, et voici comment il décrit la paroi et les grains.

« La paroi présente une couche externe constituée par du tissu fibreux très serré. Les cellules embryonnaires deviennent nombreuses dans la couche interne, où l'on trouve un riche réseau de vaisseaux et des granulations issues de ces éléments embryonnaires.

« Ces derniers sont tuméfiés, rouges, augmentés de volume, et forment des ilots, des travées qui en se fusionnant engendrent les grains riziformes.

« Ceux-ci sont donc formés par les éléments embryonnaires qui revêtent la couche interne de la séreuse, ainsi fusionnés, groupés en amas... Une substance amorphe constitue ces grains dépourvus de membrane d'enveloppe. »

Comme le montre cette citation, la conception que Manz se fait des grains est assez peu claire, il nous les représente en effet comme formés par l'agglomération en amas, d'éléments embryonnaires, et quelques lignes plus loin il nous les représente comme formés par une substance amorphe. Que devons nous croire, et ceci est-il bien admissible ?

Comment expliquer dès lors cette pathogénie ; allons nous admettre avec Virchow qu'il s'agit d'une prolifé-

ration conjonctive de la tunique interne; nous rangerons-nous à l'avis de Nicaise qui admet la formation des corps hordéiformes par enroulement sur eux-mêmes de lambeaux pariétaux nécrosés; croirons-nous enfin la théorie de Volkmann qui pense que les corpuscules libres ne sont que des concrétions fibrineuses, véritable exsudat déposé au niveau de la membrane interne et désagrégé peu à peu.

Il est difficile d'admettre ou de repousser ces diverses théories complètement: toutes du reste s'appuient sur des faits scrupuleusement observés; il nous paraît donc logique d'admettre qu'il n'y a pas dans les hygromas à grains un type de paroi immuable, et que le processus tuberculeux peut agir différemment suivant les individus. Chez les uns, il donnera de la nécrose de coagulation avec enroulement des feuillets les plus internes sur eux-mêmes, et formation de gros grains feuilletés (Obs. XVII); chez les autres il pourra donner lieu à des proliférations de la paroi qui, se détachant ultérieurement, formeront les petits grains en grappe dont nous avons parlé plus haut.

Mais que le grain soit un agrégat cellulaire, qu'il soit coagulum nécrosé ou concrétion de fibrine, le mécanisme de sa formation diffère peu puisqu'en somme, c'est toujours une production plus ou moins différenciée de la paroi.

Le choc, les traumatismes répétés, les pressions, les frottements détachent ces lambeaux pariétaux qui, devenus libres dans la cavité de la bourse séreuse arrivent à constituer les deux sortes de grains que nous avons précédemment signalées.

Et c'est dans le mouvement lui-même que réside le vrai mécanisme de la formation des grains, car comme Schuchardt l'a bien montré, il ne se développe pas de grains dans une synoviale immobile, il ne s'en développe pas dans une bourse séreuse qui n'est pas soumise à des frottements répétés.

Du reste, toutes nos observations démontrent surabondamment ces faits et la rareté même des hygromas à grains vient encore à l'appui de ce que nous avons énoncé puisqu'on sait combien peu les bourses séreuses sont soumises à des mouvements et que d'autre part, ce sont les mouvements qui créent les grains riziformes.

SYMPTOMATOLOGIE.

DIAGNOSTIC

Le début de l'affection qui nous occupe est généralement lent. Elle se développe insidieusement, sans causer de grandes douleurs, quelquefois même les malades ne s'en aperçoivent que quand la tumeur a acquis un certain volume ou quand leur attention est attirée par un certain degré d'impotence fonctionnelle. A ce point de vue, la localisation de l'hygroma sur telle ou telle bourse séreuse n'est pas sans importance, et il est certaines régions où il pourra passer très longtemps inaperçu, tandis qu'en d'autres points il sera perceptible presque dès son origine. Et tout d'abord quelles sont les localisations les plus fréquentes des bursites à grains ? Il est assez difficile d'établir une statistique bien rigoureuse : il résulte cependant de l'examen des observations que nous avons eues entre les mains que certaines bourses séreuses y sont plus prédisposées que d'autres. Parmi celles-ci ce sont les bourses prérotuliennes qui sont le plus souvent atteintes. Nous avons pu en relever sept cas sur dix-neuf : il était du reste à peu près impossible de déterminer dans laquelle des bourses qui siègent au devant

de la rotule s'était développée l'affection. La localisation prédominante à cette région n'a rien qui doive surprendre si l'on considère les données étiologiques que nous avons énoncées précédemment et sur lesquelles nous n'avons pas à revenir ici.

Nous avons trouvé cinq cas d'hygroma sous-deltôïdien ; trois fois il siégeait au niveau de la bourse de la patte d'oie ; dans le cas de Nicaise, il était situé à la partie postéro-externe de la cuisse, dans celui de M. Ruotte, au niveau de la bourse sous-quadriceps, enfin dans le cas de Cabon et dans celui de M. Vialle, les grains s'étaient développés au sein de bourses anormales, l'une professionnelle située à la partie supéro-externe de la cuisse et due chez un laboureur à l'appui du manche de la charrue en ce point, l'autre siégeant en dedans et en arrière de la malléole interne et causée par le port de chaussures inappropriées.

Les éléments du diagnostic varieront donc naturellement avec le siège de l'hygroma, mais il est pourtant toute une série de symptômes communs et ce sont ceux là que nous allons envisager maintenant.

Les signes du début, comme nous l'avons déjà dit, sont souvent inappréciables et la tumeur ne commence à être perceptible que lorsqu'elle a acquis un certain volume. Elle se présente alors à l'examen sous forme d'une masse plus ou moins considérable, ayant dans les cas moyens le volume d'une orange, faisant sous la peau un relief plus ou moins accusé suivant qu'il y a ou non interposition d'un plan musculaire, plus ou moins régulier suivant que l'on a affaire à une poche

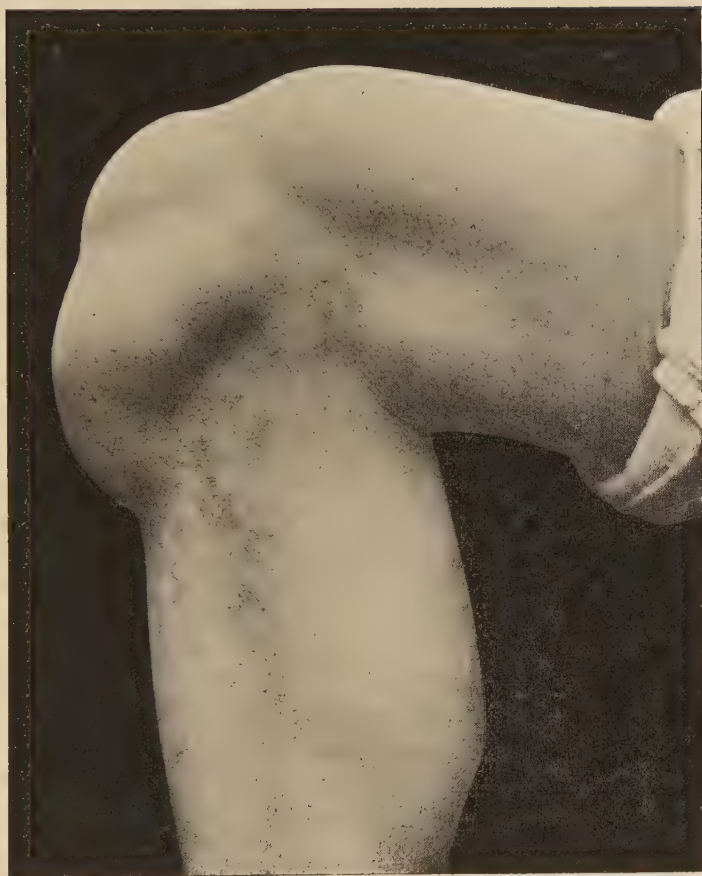
unique ou à une poche bilobée ou accompagnée de diverticules.

Les téguments sont le plus souvent sains et ne présentent rien de particulier : dans certains cas (Cabon) on aurait observé une légère dilatation des veines sous-cutanées.

L'aspect bilobé de la tumeur peut être très apparent même à l'inspection : on voit alors deux renflements séparés par une sorte d'isthme rétréci, et le cas de Rollet rapporté par Duvernay en est un exemple frappant. (Voir la photographie.)

La palpation permet de constater que les plans superficiels sont libres, que la peau glisse facilement sur la tumeur, et que celle-ci saisie à pleine main est tantôt mobile elle aussi, tantôt rattachée aux couches sous-jacentes par des tractus fibreux lâches, ou par de véritables adhérences très serrées. Cette recherche nécessite pour être pratiquée avec fruit un relâchement complet des muscles, tout particulièrement lorsque l'hygroma siège dans la bourse sous-deltôïdienne, voire même au niveau des tendons de la patte d'oie. La délimitation de la tumeur généralement facile lorsqu'elle est superficielle, peut devenir absolument impossible dans les cas où elle siège sous d'épaisses couches musculaires.

La fluctuation, qu'il ne faut pas confondre avec cette sensation particulière dite par Dupuytren « bruit de chaînons » est à peu près constante : dans les cas rares où elle peut manquer, ceci s'explique soit par la tension du liquide (comparaison avec la disparition du choc rotulien dans les hydarthroses trop tendues)



HYGROMA A GRAINS RIZIFORMES DE LA BOURSE PRÉROTULIENNE

(Observation XVII)

soit par la présence exclusive dans la poche de grains en nombre considérable et la remplissant complètement. Il persiste, du reste, alors, une sensation de rénitence qui, généralement, ne trompe pas.

Le plus souvent irréductible puisque ne présentant qu'une seule poche, la tumeur formée par l'hygroma, lorsqu'elle est bilobée peut donner l'illusion d'une réduction complète dans les cas où l'une des poches est profonde et inaccessible (Obs. VI) : lorsque le rétrécissement est serré il peut arriver qu'il y ait des grains trop gros pour s'y engager (Obs. XIX); dans d'autres cas enfin on peut facilement faire passer le contenu d'une poche dans l'autre.

Ceci nous amène à parler d'un signe considéré jusqu'à présent comme pathognomonique des grains riziformes (thèse Cabon), nous avons nommé le bruit de chaînon de Dupuytren.

Et tout d'abord comment définir ce bruit, ou plus exactement cette sensation. Jusqu'à présent les auteurs se sont contentés de dire qu'elle était « caractéristique, et si particulière qu'une fois perçue elle ne saurait être confondue avec d'autres crépitations. » Bruit de neige, sensation de grains, tels sont les synonymes le plus souvent employés et qui ne sont du reste guère plus explicites.

Nous tenons à rapporter ici une excellente comparaison due à M. Duvernay et qui rend très bien compte de la sensation perçue. C'est, dit-il : « quelque chose d'analogue à la sensation ressentie par le cycliste qui nettoie et frotte la chaîne de sa bicyclette avec un linge épais. On peut encore avoir cette même

sensation en promenant la paume de sa main gantée de laine, sur une chaîne de montre. » (Lyon Médical, janvier 1902).

A quoi est due cette sensation particulière à laquelle nous ne pouvons que conserver le nom de bruit de chaînons, consacré par l'usage ? On a cru longtemps et l'on croit encore aujourd'hui que la cause immédiate du phénomène est le frottement des grains les uns contre les autres.

Telle n'est pas notre opinion et nous nous basons pour défendre celle que nous allons énoncer, sur l'examen attentif des observations que nous avons recueillies, sur les expériences déjà anciennes de Michon, enfin, sur une observation de Lejars qui est absolument typique.

Bien loin d'être pathognomonique de l'existence de grains riziformes dans la poche d'un hygroma, le bruit de chaînons n'a pour nous qu'une seule signification : c'est le meilleur signe extérieur que l'on puisse avoir d'une poche bi ou multilobée, présentant un ou plusieurs rétrécissements.

Les expériences de Michon ont du reste démontré ce fait d'une façon péremptoire (Thèse de concours de Clinique Chirurgicale, 1854). Voici la technique qu'il avait suivie : « Une vessie est remplie d'eau tenant en suspension des grains de riz. L'exploration de cette vessie suivant tous les modes possibles, sa palpation, sa percussion, ne permettent d'obtenir aucun bruit de chaînons. Un lien circulaire comprime une partie de la vessie, qui, de tumeur sphérique devient une tumeur en bissac. La recherche de la fluctuation dans cette

condition révèle avec une netteté parfaite la production du bruit de grains. Le bruit est produit par le frottement des grains contre l'anneau et par la vibration du liquide au travers du détroit. »

Cette expérience est concluante, voyons pourtant dans quelle mesure les données cliniques s'accordent avec elle. Nous avons procédé à l'analyse de nos observations, et laissant de côté quelques cas douteux où le signe n'avait pas été recherché ou n'était pas net, voici les résultats que nous avons enregistrés. Sur les dix-neuf cas que nous avons examinés nous avons trouvé le bruit de chaînons enregistré dix fois : dans chacun de ces cas, excepté dans celui de A. Robert qui fut traité par ponction et injection et dans lequel on n'eut par conséquent aucun renseignement sur la disposition anatomique de la poche, nous avons retrouvé formellement indiquée l'existence d'une bourse séreuse bilobée ou diverticulaire ; voici ces cas très résumés :

1° Observation de Regnault. Bourse prérotulienne présentant un diverticule bridé par le ligament rotulien : bruit de chaînons ;

2° Observation de Quenu. Bourse au niveau de la patte d'oie et séparée en deux par les tendons qui la brident : bruit de chaînons ;

3° Observation de Cabon. Bourse siégeant à la partie supéro-externe de la cuisse et présentant un diverticule profond s'enfonçant vers la fesse. Bruit de chaînons ;

4° Observation de Quenu (rapportée par Demars). Bourse au niveau de la patte d'oie et bridée par les tendons. Bruit de chaînons ;

5° Observation de Campenon. Bourse sous-deltôï-

dienne se continuant d'une part avec la bourse sous-acromiale, et présentant d'autre part un prolongement dirigé vers le long biceps. Bruit de chaînons ;

6° Observation de Rollet (rapportée par Duvernay). Deux bourses prérotuliennes réunies par un isthme étroit, et qui selon les dires du malade lui-même, ne sont entrées en communication que lentement. Bruit de chaînons :

7° Observation de M. Vialle (inédite). Bourse anormale au niveau de la malléole interne, formée de deux diverticules réunis par un isthme étroit. Bruit de chaînons ;

8° Observation de M. Ruotte (inédite). Bourse sous-quadricipitale rétrécie en son milieu par le tendon du quadriceps. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant à noter dans ce cas, c'est que la recherche de la fluctuation de haut en bas, c'est-à-dire parallèlement à la bride fibreuse, donnait une simple sensation de flot, tandis que la même recherche pratiquée transversalement donnait la sensation typique du bruit de chaînons.

Une telle observation suffirait à elle seule à démontrer ce que nous avons avancé à propos du rôle du rétrécissement dans la production de la sensation de grains, nous pouvons cependant citer encore quelques cas contraires, c'est-à-dire des exemples de poches unilobées ne donnant nullement la sensation caractéristique bien qu'étant remplies de grains riziformes. Citons parmi les plus typiques les observations de Sidney Jones, de Delorme, et enfin celle de Gosselin : dans cette dernière, l'auteur rapporte que chez son malade

qui présentait un hygroma sous-deltaïdien à poche unique, la palpation normale rendait compte de la mollesse et de la simple fluctuation de la tumeur, mais que si on venait à exercer sur la paroi une pression forte, on obtenait pendant le temps que durait cette pression la sensation de grain. C'était en quelque sorte répéter *in vivo* l'expérience de Michon et donner une preuve de plus du rôle des brides et des rétrécissements.

Enfin nous avons laissé entendre qu'il n'était pas besoin de grains dans le liquide d'une poche kystique bilobée pour donner lieu à la sensation de chaînons : Il existe à ce sujet une observation des plus démonstratives, rapportée par Lejars dans la Revue de la Tuberculose (1893) ; en voici le résumé : « Il s'agit d'un homme de 63 ans entré à la Pitié à la suite d'une fracture malléolaire consolidée vicieusement ; sur la face dorsale du pied, et au niveau des tendons extenseurs il existe une tumeur formant une double bosse-lure divisée par une rigole profonde due au ligament annulaire antérieur. Les deux poches sont tendues mais bien fluctuantes. En exerçant des pressions alternatives sur l'une et sur l'autre, on obtient cette crépitation multiple, ce froissement spécial des kystes à grains. Ce bruit de chaînon est d'une netteté parfaite. Une intervention est décidée : à l'incision de la poche il s'écoule un liquide pur, sans grains. La poche est alors extirpée. L'examen histologique fait ultérieurement montra une paroi fibreuse assez vasculaire sans trace de tuberculose. »

Ainsi tous les faits expérimentaux et cliniques s'ac-

cordent bien à démontrer que la sensation de chainons est due beaucoup plus à la disposition anatomique de la poche kystique qu'à la qualité de son contenu et par conséquent qu'elle n'a pas toute la valeur pathognomonique que certains auteurs lui ont accordée.

Parmi les autres symptômes des hygromas à grains citons encore la douleur, signe infidèle et inconstant, tenant plutôt à la présence de la tumeur qu'à sa nature, l'impotence fonctionnelle et la légère atrophie musculaire qui accompagnent de préférence les bursites sous-deltéidiennes.

Tous ces signes cliniques se rapprochent en somme beaucoup des symptômes communs à toutes les tumeurs bénignes : dans quelques cas, ni le siège, ni les signes, ni l'évolution de la lésion ne sont capables de permettre un diagnostic différentiel, et la présence d'une poche contenant des grains n'est qu'une découverte postopératoire comme dans le cas de Nicaise.

On peut dire d'une manière générale que plus la tumeur est superficielle, plus les signes cliniques sont nets et d'une interprétation aisée, mais que dans les cas de bourses séreuses profondément situées, le diagnostic est quelquefois impossible à établir et ne se vérifie que dans le cours de l'intervention.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Nous avons vu dans le chapitre précédent quels étaient les différents symptômes qui conduisaient au diagnostic d'hygroma à grains riziformes.

Il importe de se demander maintenant quelle doit être la conduite à tenir en présence d'un cas analogue, quelles thérapeutiques peuvent être proposées au malade, et parmi ces interventions quelle est la meilleure.

Avant d'en arriver à cette discussion, il nous paraît nécessaire de dire quelques mots du pronostic. Le pronostic de l'affection non traitée ne nous arrêtera pas longuement : en effet les malades ne viennent guère consulter le chirurgien que lorsque la lésion dont ils sont porteurs les gêne, soit par les douleurs qui l'accompagnent, soit par son volume croissant, soit enfin par l'impotence fonctionnelle qu'elle entraîne. Tant que la tumeur est minime et ne donne lieu à aucun trouble, le malade vit pour ainsi dire en bonne intelligence avec elle et ne s'en préoccupe pas. Il nous paraît pourtant logique de supposer qu'une telle affection abandonnée à elle-même n'aurait aucune tendance à la cicatrisation spontanée : elle ne ferait qu'augmenter de volume, finirait par ulcérer la peau, s'ou-

vrir au dehors, et présenterait alors une tendance invincible à la suppuration prolongée par des trajets fistuleux. Cette évolution, hâtons nous de le dire, n'a jamais été observée.

Tout autre est le pronostic de l'affection convenablement traitée : mais ici il y a pourtant encore à faire certaines réserves suivant l'état général du sujet. Alors que chez certains d'entre eux l'hygroma à grains est une lésion nettement localisée et que c'est la seule tare bacillaire qu'ils présentent, chez d'autres au contraire, le processus tuberculeux n'est pas aussi isolé, et ces malades présentent des localisations viscérales plus ou moins étendues.

Dans la première catégorie le pronostic opératoire sera franchement bon et l'on pourra espérer débarasser complètement le malade de son affection. Dans la seconde catégorie, on ne saurait être aussi affirmatif, car on a toujours lieu de redouter une généralisation qui peut devenir rapidement mortelle comme dans le cas cité par Demars dans le livre de Verneuil *Etudes sur la tuberculose*. Ces faits sont fort heureusement très rares, cependant certains auteurs admettent, avec quelque raison, semble-t-il, que l'intervention chirurgicale, dans certaines observations de tuberculose locale, a donné à l'infection par le bacille de Koch un véritable coup de fouet et provoqué la généralisation.

Une telle interprétation de ces cas malheureux est-elle suffisante à faire rejeter systématiquement toute intervention : certes non. Nous ne croyons pas que la simple expectation soit de mise lorsque les douleurs et les troubles fonctionnels réclament impérieusement

une opération et la crainte un peu illusoire d'assister à une extension rapide de la bacillose ne doit pas empêcher le chirurgien de débarrasser son malade d'une lésion gênante et douloureuse.

Du reste dans l'état actuel de la chirurgie, maintenant que l'on pratique, comme nous allons le voir tout à l'heure, une véritable cure radicale, la tumeur peut être extirpée d'un bloc sans même avoir besoin d'être incisée dans les cas heureux, et cette circonstance met à peu près à l'abri de toute crainte au sujet d'une généralisation. Les hygromas les plus favorables au point de vue du pronostic seront donc ceux présentant une poche unique, facilement accessible et facilement décorticable : ceux à poches multiples et à diverticules profonds seront d'un pronostic plus réservé à cause même des difficultés opératoires qu'ils entraînent.

Les premiers traitements qui furent proposés dans les cas de bursites à grains sont bien différents de ceux qui sont actuellement en vigueur. On considérait en effet ces collections un peu comme on considère actuellement les abcès froids et l'indication qui s'imposait alors était de vider la poche au moyen de trocars, d'aiguilles aspiratrices et d'en modifier la paroi par des injections de liquides caustiques, éther iodoformé, chlorure de calcium, teinture d'iode.

On ne peut pas dire que les résultats de ce traitement furent franchement mauvais, cependant dans la majorité des cas ils laissèrent à désirer soit par les complications suppuratives qu'ils entraînaient, soit par la longueur relative de la guérison, soit par l'ab-

sence d'un retour *ad integrum* absolument complet. Si nous analysons à ce sujet les observations que nous citons ci-après, nous arrivons aux conclusions suivantes :

Un cas d'injection de teinture d'iode après ponction, suivi de suppurations étendues ayant nécessité l'amputation de la cuisse (Forget, obs. I).

Deux cas de ponction avec injection iodée ayant présenté de la suppuration, l'un guéri au bout d'un mois (Regnault, obs. IV), l'autre au bout de quinze jours (A. Robert, obs. XI).

Un cas de ponction avec injection iodée sans suppuration, avec guérison tardive (Gosselin, obs. III).

Un cas de ponction avec injection d'éther iodoformé, n'ayant produit aucun résultat (Cabon, obs. IX).

Un cas d'injection de chlorure de calcium sans ponction avec guérison au bout d'un mois (Favardin, obs. V).

D'autres tentatives furent faites qui consistaient en incisions suivies ou non de curettages : cette méthode semble avoir donné d'assez bons résultats : cependant la guérison était longue et l'on observa dans quelques cas de la suppuration, et même un décès par généralisation ; du reste voici ces observations résumées :

Un cas d'incision suivi de curettage digital de la poche, suppuration prolongée, guérison lente au bout de deux mois (Sidney Jones, obs. II).

Deux cas d'incision suivis de grattage de la poche à la curette.

Dans l'un de ces cas, généralisation, mort au vingtième jour (Demars, obs. VII).

Dans l'autre suites simples, guérison lente (Quenu, obs. X).

Un cas d'incision avec grattage et cautérisation au chlorure de zinc. Guérison en un mois (Delorme, obs. VIII).

Trois cas d'incision simple avec réunion par première intention : parmi ceux-ci, deux guérisons rapides (Volkmann, obs. XIV et XV), une guérison retardée, le malade sortant de l'hôpital sans que la plaie soit complètement cicatrisée. (Volkmann, obs. XVI).

Nous en arrivons maintenant à l'étude de la méthode thérapeutique que nous préconisons et que nous pourrions appeler cure radicale. L'idée directrice de ce genre de traitement est que le malade doit être débarrassé aussi complètement que possible de son hygroma et l'opération idéale sera celle au cours de laquelle on arrivera à disséquer complètement la poche sans en laisser aucun débris au niveau du champ opératoire.

Cette intervention radicale est-elle toujours possible : il nous faut bien reconnaître que non. Elle devra pourtant, être tentée dans tous les cas et ses meilleures conditions de réussite sont une poche unilobée facilement accessible, sans grandes adhérences avec les tissus voisins et présentant une paroi suffisamment épaisse pour ne pas se déchirer au cours de l'intervention. Ces conditions sont quelquefois réalisées même avec une poche bilobée comme en témoigne l'observation de M. Vialle (obs. XIX).

Dans d'autres cas la poche crève au milieu de l'opération ; la conduite à tenir est alors soit de vider le sac et de continuer la dissection, soit d'apposer une pince

à kyste sur l'ouverture et de s'en servir comme tracteur pour terminer l'intervention, si la paroi kystique est assez résistante pour se prêter à cette manœuvre.

Il est enfin des cas plus complexes où l'énucléation totale est impossible à réaliser, soit que les adhérences ne permettent pas la décortication, soit enfin que la poche principale présente des diverticules si profonds qu'il soit impossible ou même dangereux d'aller à leur recherche.

En cette occurrence il faut pousser la dissection aussi loin que possible et exciser la partie ainsi libérée. Quant aux débris pariétaux que l'on a pu enlever, certains chirurgiens sont d'avis de les abandonner purement et simplement, d'autres préfèrent modifier légèrement leur surface soit par grattage, soit par cautérisation. Les inconvénients qui résultent de cette rétention ne sont pas très graves, et tout se borne souvent à une légère suppuration.

Voici résumés les quelques cas traités suivant cette méthode, avec leurs résultats :

Un cas d'excision, avec grattage. Légère suppuration. Guérison au bout d'un mois (Nicaise, obs. VI).

Trois cas de dissection avec une excision de la poche, pas de suppuration. Dans l'un, guérison en 10 jours (Cabon, obs. IX), dans l'autre, guérison en 9 jours (Campenon, obs. XII). Dans le troisième enfin, guérison très rapide (Gautrand, obs. XIII).

Un cas de dissection totale, après ouverture de la poche, suivi de guérison en 15 jours (cas de Rollet, rapporté par Duvernay, obs. XVII).

Enfin deux cas de dissection totale, sans ouverture de l'hygroma : dans l'un guérison en un mois (M. Ruotte, obs. XVIII), mais il s'agissait d'un malade pusillanime qui ne consentit à marcher que quand tous les symptômes douloureux eurent disparu ; dans l'autre guérison en 20 jours (M. Vialle, obs. XIX).

Si nous considérons maintenant dans une vue d'ensemble les résultats des différentes interventions que nous venons de décrire, nous nous apercevons immédiatement que dans presque tous les cas traités par ponction et injection d'un liquide modificateur on a eu à observer des suppurations d'intensité variable, mais qui toutes retardaient la guérison, lors même qu'elles ne l'influençaient pas déplorablement comme dans le cas de Forget.

L'incision avec ou sans grattage a donné dans quelques cas des résultats qui semblent assez bons ; dans d'autres au contraire, elle s'accompagne de suppurations prolongées : elle a même à son actif un cas de mort par généralisation.

La cure radicale enfin, soit pratiquée dans toute sa rigueur comme nous l'avons décrite, soit même modifiée selon les circonstances opératoires et combinée à l'excision a toujours donné des résultats très satisfaisants. Sur sept malades ainsi traités, on a observé qu'une seule fois une légère suppuration résultant peut-être des obligations qui forcèrent à pratiquer un grattage au fond d'une plaie anfractueuse et dans une région profonde (Nicaise) ; dans les six autres cas, pas la plus légère suppuration ne vint compliquer le pronostic, et la guérison s'effectua en moyenne entre le

10^e et le 20^e jour, avec retour complet *ad integrum*.

La technique opératoire est essentiellement variable suivant la région où siège l'hygroma : les plans musculaires, les aponévroses à traverser dépendront naturellement de la localisation de la tumeur et il nous faudrait faire un véritable résumé d'anatomie topographique pour traiter ce point. Telle n'est pas notre intention, et nous tenons simplement au point de vue technique à insister un peu sur les deux faits suivants : tout d'abord doit-on drainer après l'opération radicale ? Le drain ne peut avoir que des inconvénients minimes ; peut-être retarde-t-il d'un ou deux jours, la fermeture de la plaie cutanée mais il a l'immense avantage d'empêcher la formation postopératoire d'une collection sanguine et supplée à une hémostase qui ne peut toujours être complète : son emploi est donc à préconiser dans tous les cas.

Le second point se rattache tout particulièrement à l'hygroma de la bourse sous-quadricipitale : nous recommandons vivement dans ces cas la double incision latérale pratiquée par M. Ruotte chez son malade ; cette incision permet de ménager le rétrécissement vertical dû à la disposition anatomique de la région elle-même ; elle donne beaucoup de jour pour pratiquer la décortication successivement par les deux plaies, bref elle ne présente que des avantages.

En résumé, dans l'état actuel de la chirurgie, tout hygroma à grains riziformes doit être traité par la cure radicale avec, suivant les circonstances, les différentes modifications que nous avons exposées dans le cours de ce chapitre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(FORGET. In Bull. Soc. Chir., 1855)

X... a été amputé de la cuisse dans les circonstances suivantes :

Il y a quinze ans qu'apparurent des douleurs, avec gonflement au niveau du genou gauche. Depuis cette époque, il est toujours resté volumineux, et à la suite de violences extérieures, soit chute, soit choc, on y constata plusieurs fois des signes d'épanchement.

Il y a deux ans, après un accident semblable, X... vit se former, au côté interne de l'articulation, une tumeur fluctuante qui se développa de bas en haut : les progrès de cette tumeur décidèrent le malade à recourir à l'intervention chirurgicale.

Le diagnostic d'hygroma extra-articulaire siégeant dans la bourse de la patte d'oie fut alors posé, et on se décida à pratiquer une ponction suivie d'injection iodée.

La ponction donna issue à une multitude de grains riziformes. A la suite de l'injection de la teinture d'iode, le kyste s'enflamma et sa suppuration nécessita une large incision.

Au bout d'une huitaine de jours, l'apparition d'une arthrite suraiguë du genou et d'un phlegmon de la cuisse conduisent à l'amputation, qui est pratiquée. Les pièces anatomiques ont montré que la lésion première siégeait bien au niveau de la bourse de la patte d'oie.

OBSERVATION II

(SYDNEY JONES. In the Lancet, 1869)

Jane T..., 29 ans, fut admise dans le service de M. Sydney Jones, le 15 mai 1868. Elle présentait un gonflement de l'épaule droite, datant de dix-huit mois. Lorsque le deltoïde était relâché, il était évident que la tumeur était située sous le muscle. Elle avait environ la taille d'une orange, en apparence bien circonscrite ; sa surface était un peu lobulée, la fluctuation était difficile ou impossible à percevoir avec évidence.

Le 27 mai, ponction avec un trocart : il sortit un liquide visqueux et gélatineux ; l'écoulement ayant cessé, on introduisit une plus large canule qui donna issue à une matière visqueuse plus opaque, mélangée de nombreux grains rizi-formes.

Le 3 juin, la piqûre est cicatrisée, mais le gonflement a repris son volume primitif. Incision large au niveau de la tumeur et énucléation au doigt d'un grand nombre de grains.

10 juin. — La cavité suppure, et il s'en écoule un pus de bon aspect. La cavité est seringuée deux fois par jour, avec une solution de chlorate de soude.

6 juillet. — La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION III (résumée)

(GOSSELIN, in Cliniques de la Charité, 1869.)

Jeune homme de 17 ans, venu à l'hôpital pour un gonflement insolite dans la région de l'épaule gauche. Déformation évidente du moignon de l'épaule. Dans le creux sous-claviculaire, au niveau de l'extrémité externe de la clavi-

eule on voit une tumeur arrondie, grosse comme la moitié d'une orange, un peu molle, très sensiblement fluctuante, non réductible mais s'affaissant un peu par la pression, comme si elle n'était pas aussi distendue qu'elle pourrait l'être. En exerçant une pression un peu forte, on sent quelquefois rouler sous les doigts de petits corps arrondis, néanmoins cette sensation n'est pas toujours très distincte.

Le malade rattache son affection à ses occupations qui l'obligeaient à porter journellement des paniers qu'il appuyait sur son épaule gauche.

Le diagnostic d'hygroma profond sous-deltaïdien fut posé.

Le traitement consiste dans une ponction avec un petit trocart, sous l'acromion. Issue de 40 grammes de liquide roussâtre contenant en suspension des grains riziformes. Infection de teinture d'iode par moitié. Le malade sort de l'hôpital de 7 juillet 1869 très amélioré, mais on perçoit encore à ce moment de la crépitation.

Fin juillet, la tumeur a complètement disparu.

OBSERVATION IV

(in thèse REGNAULT, 1870)

Plais Louis, 54 ans. charpentier, rue du Rocher, 20, entré le 4^{er} mars 1869 à l'Hôpital Beaujon, salle Saint-Félix n° 25, service du professeur Delbeau.

D'une bonne santé habituelle, ce malade raconte que sa profession l'oblige à prendre souvent un point d'appui sur ses genoux. Il s'aperçut il y a huit mois que la peau du genou gauche était soulevée en avant. Cette grosseur s'est développée pour lui sans cause appréciable, lentement et sans douleur. Aujourd'hui elle gêne les mouvements du genou et il veut en être débarrassé.

4^{er} mars. — Etat actuel. Au devant du genou existe une tumeur du volume d'un très gros œuf, faisant en avant de

la rotule une saillie de cinq centimètres environ, fluctuante, transparente, pyriforme. La grosse extrémité ne dépasse pas le bord antérieur de la rotule, mais elle envoie au dehors du ligament rotulien un petit prolongement. Elle est irréductible. Par le palper, on perçoit un froissement comparable à la sensation que donne l'amidon qu'on écrase sous les doigts, et on sent distinctement des corps mobiles.

Diagnostic : Hygroma rotulien chronique à grains riziformes.

4 mars. — Ponction avec un trocart de calibre moyen, qui donne issue à un liquide brun-rosé, très fluide, un peu gommeux au toucher. Il ne sort pas de grains riziformes. On injecte par la canule une solution de teinture d'iode iodurée qui est laissée dans le kyste trois minutes environ, douleur médiocre.

Le 5. — Une vive inflammation s'est déclarée dans la poche. La peau qui la recouvre est rouge, tendue, douloureuse.

Pas d'accélération notable du pouls, pas de soif vive. Cataplasmes émollients.

Le 6 et le 7. — Même état.

Le 12. — La poche est aussi fluctuante et presque aussi tendue que le lendemain de l'opération ; encore un peu de douleur à la pression.

Pas de perte de l'appétit.

Compresses imbibées d'eau blanche.

Le 16. — La tumeur a considérablement diminué de volume.

Le 17 et jours suivants. — La résolution se fait de plus en plus : les mouvements de la jambe sur la cuisse peuvent s'effectuer sans douleur. L'épiderme se desquame en certains points. Coloration du derme normale. Compression avec une bande roulée.

Le 22. — Le malade qui n'a pas trace de sa tumeur demande sa sortie.

Le 27. — Le sujet se présente à la consultation. Plus trace d'épanchement ni de tumeur quoiqu'il ait repris son travail. Au-dessus du ligament rotulien on sent quelques points durs, immobiles qui semblent dus aux grains riziformes non évacués.

OBSERVATION V

(In. Thèse FAVARDIN)

G..., concierge, âgé de 50 ans, entre le 29 janvier 1881 à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, 20. Il y a un mois et demi ce malade a fait une chute sur le genou droit. Tout s'est borné à un peu de douleur ressentie par le malade au niveau de la région contuse. Cette chute ne l'a pas empêché de continuer son travail. Mais peu de temps après l'accident est survenu un épanchement prérotulien. Le palper fait reconnaître de la fluctuation, et de plus, la présence de petits corps roulant sous les doigts. Il s'agissait d'un hygroma à grains riziformes.

1^{er} février. — On injecte quatre gouttes de chlorure de calcium.

2 février. — Une légère inflammation s'est produite.

3 février. — On fait la compression ouatée.

10 février. — La tumeur a disparu, plus de fluctuation, on ne sent plus les grains riziformes. Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VI

(In NICAISE. Revue de chirurgie, 1885)

Femme de 24 ans entre à l'hôpital Laennec dans le service de M. Nicaise, le 15 avril 1885, pour une tumeur de la cuisse droite. Antécédents personnels : Coqueluche à

4 ans. Forte bronchite à 20 ans. Régliée à 12 ans régulièrement. Quelques pertes blanches.

Au mois de septembre 1884, la malade tombant de sa hauteur sur la face externe de la cuisse droite se fit une contusion assez forte, mais put néanmoins continuer ses occupations.

Dans les premiers jours de mars 1885, elle s'aperçut de l'existence d'une tuméfaction à la face externe de la cuisse, son attention ayant été seulement attirée par l'augmentation de volume de la région. Cette tuméfaction n'était le siège d'aucune douleur, elle s'accompagnait d'une sensation de gêne quand la malade avait travaillé. Etat général reste bon : à l'entrée, on constate à la face postéro-externe de la cuisse une tumeur dont le bord supérieur paraît à neuf ou dix centimètres au-dessous du bord supérieur du grand trochanter, son bord inférieur étant à dix centimètres plus bas, tandis que dans sa longueur la tumeur mesure vingt centimètres. Elle est divisée en deux lobes par une dépression formée par l'aponévrose du tenseur du fascia lata, le lobe postérieur étant le plus volumineux.

La circonférence du membre prise au niveau de la tumeur, au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure est de soixante centimètres à droite, de cinquante-trois à gauche.

Peau normale, mobile. La consistance de la tumeur est partout la même, elle est mollassse et donne la sensation d'une fausse fluctuation. Pas de douleurs. Ganglions augmentés de volume au pli de l'aîne. Les viscères sont sains.

Une ponction exploratrice faite aseptiquement est pratiquée le 18 avril avec l'aspirateur Potain. Il ne sort pas une goutte de liquide, ni sang, ni sérosité.

La malade est examinée par plusieurs chirurgiens, mais le diagnostic reste indécis. On hésite entre un lipome, un myxome, ou un myxo-sarcome. C'est à cette dernière opinion que se rattache M. Nicaise.

Opération le 8 mai en présence de M. Poulet. Les divers diagnostics portés étaient erronés : il s'agissait d'un kyste à grains riziformes ; pendant la dissection de la tumeur, une incision donna issue à une énorme quantité de ces grains, sans aucun liquide. Les grains pesaient ensemble 390 grammes. Une partie de la paroi du kyste fut excisée, le reste fut gratté avec la curette tranchante. L'on fit une contre ouverture dans la partie profonde de la poche, pour y placer un tube à drainage.

La plaie et la cavité sont lavées avec la solution phéniquée forte. Sutures. Drainage.

On observe dans les suites opératoires un peu de suppuration de la poche : ce fut la seule complication.

Le 3 juin, la guérison est presque complète sauf un trajet fistuleux qui existe au niveau du drain postérieur. La tumeur était située au-dessous du bord inférieur du grand fessier, entre l'aponévrose fémorale et les muscles vaste externe et la portion externe du biceps. La poche ne présentait pas de cloisonnements. La paroi très adhérente aux tissus sous-jacents était rougeâtre, molle, tomenteuse et en plusieurs points elle était recouverte de dépôts d'un jaune clair, d'apparence fibrineuse. Le kyste ne contenait que des grains riziformes sans liquide.

OBSERVATION VII

(DEMARS In VERNEUIL : Études sur la Tuberculose, 1887.)

X..., Entre à l'hôpital Beaujon, service de M. Quenu, le 15 juin 1885 pour une tumeur siégeant au niveau de la bourse séreuse de la patte d'oie sur la jambe gauche.

Une ponction exploratrice donne issue à du liquide jaunâtre. M. Quenu diagnostique un hygroma tuberculeux à cause des petits corps étrangers très nets que l'on sentait par la palpation et qui donnaient lieu à une crépitation

neigreuse. La poche fut incisée et grattée. Le contenu était formé par un liquide jaune, rougeâtre, grumeleux, de nature nettement tuberculeuse ; drainage et sutures.

Le malade fut ausculté avec soin à ce moment et on ne trouva pas le moindre signe de tuberculose pulmonaire. Il succomba pourtant au bout de vingt jours, et l'autopsie montra ses poumons farcis de tubercules.

Dans ce cas on ne peut évidemment accuser de la généralisation que le trauma opératoire.

OBSERVATION VIII

(DELORME. In Bull. Soc. chir. 1898.)

Un vigoureux cuirassier ni syphilitique ni rhumatisant s'aperçut par hasard quinze jours avant son entrée dans le service de M. Delorme au Val de Grâce, d'un léger gonflement de la région deltoïdienne droite, s'accompagnant d'une gêne peu douloureuse des mouvements d'abduction. Brusquement, en deux jours la région deltoïdienne augmenta du volume d'un poing et demi. Le gonflement régulier était surtout marqué en avant et en bas. On percevait nettement sous le deltoïde une sensation de flot, sans bruissement ni frottement. Les mouvements passifs étaient peu douloureux, moins bornés que les mouvements actifs.

M. Delorme pensa à un hygroma sous deltoïdien et ouvrit la poche par une incision antérieure. Elle contenait environ un verre d'un liquide jaune clair presque gélatineux : la paroi interne de la poche était recouverte de dépôts fébrileux analogues à ceux des pleurésies. Des flocons libres nageaient dans le liquide. Raclage prolongé de la poche à la curette tranchante. Cautérisation au chlorure de zinc. Guérison en un mois.

L'examen histologique pratiqué par M. Laveran montra qu'il s'agissait bien d'un processus tuberculeux et les cel-

lules géantes trouvées dans la paroi de la poche étaient caractéristiques.

OBSERVATION IX

(In thèse CABON.)

Le 18 janvier 1898 entre à l'hôpital Laennec dans le service de M. Reclus un jeune homme de 21 ans qui présente une tumeur au niveau de la partie supéro externe de la cuisse.

Il y a un an environ, raconte le malade, en travaillant dans les champs le manche d'une charrue dans un soubresaut du soc, vint heurter la face externe de la hanche. Pareil accident s'était produit plusieurs fois n'entraînant jamais du reste de complication quelconque. C'est à l'occasion de ce dernier traumatisme aussi léger que les précédents, que le malade constata l'existence probablement antérieure, d'une tumeur grosse comme le poing siégeant à la partie supéro-externe de la cuisse. Cette tumeur, molle, indolore, était dépressible avec le doigt. Un médecin consulté prescrivit des vésicatoires après l'application desquels la tumeur aurait diminué de volume, temporairement toutefois, car bientôt elle grossissait progressivement, finissant par inquiéter le malade et le décidant à entrer à l'hôpital.

A l'examen du malade on trouve à la partie supéro-externe de la cuisse gauche, une tumeur allongée dans le sens vertical, oblongue, mesurant suivant son plus grand axe, environ dix centimètres. Peau normale; au palper fluctuation. La tumeur disparaît dans les mouvements de flexion et d'abduction de la cuisse pour reparaitre dans l'extension. Au cours de ces mouvements, la main perçoit un espèce de frottement, une vague crépitation rappelant la sensation si particulière que donne la palpation d'une synovite à grains riziformes.

La pression au niveau de la tumeur permet sa réduction totale dans la profondeur. Toucher rectal négatif l'exploration de la tumeur est indolore. Aucune modification du côté du squelette. Rien à l'abdomen. Pas d'engorgement ganglionnaire. Etat général bon.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on trouve une modification sensible de la respiration qui est rude, avec quelques craquements et la percussion y décèle une submatité légère. Le malade dit s'enrhumer facilement l'hiver.

Du côté des antécédents héréditaires : Père mort à 64 ans, bacillaire depuis 3 ans. Rien d'autre à signaler.

Interventions. — Le 29 janvier une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz ramène un liquide louche.

Le 1^{er} février, ponction avec un trocart assez gros qui ramène du liquide louche tenant en suspension une certaine quantité de grains riziformes. Une injection modificatrice d'éther iodoformé est pratiquée. Pas de modifications notables à la suite de cette intervention.

Le 11 mars une opération sanglante est décidée. Incision de 10 centimètres sur la tumeur. Le bistouri rencontre la peau, du tissu cellulaire épaissi et l'on tombe sur la poche fluctuante. On s'apprête à recueillir du liquide : une ponction au bistouri est faite dans la poche, rien ne s'écoule. Une large incision de la poche est alors pratiquée, elle livre passage à une très petite quantité de liquide louche et à une masse considérable de grains riziformes typiques.

Le doigt introduit dans la poche évacue encore une grande quantité de grains riziformes et découvre un prolongement très profond dont il ne peut atteindre les limites, qui s'enfoncent vers la fesse, au-dessus du fessier.

Il existe de plus un prolongement moins important qui descend en arrière vers l'ischion.

La dissection de la poche est tentée. L'incision première est prolongée vers la fesse ; elle intéresse dans sa partie extrême, une épaisse couche musculaire qui représente le bord inférieur du grand fessier. La poche est alors assez

facilement disséquée dans ses parties accessibles à la vue et le prolongement sous-fessier est attiré avec des pinces à kyste et excisé en totalité.

Entre la poche fessière et la poche sous-cutanée existait une bride aponévrotique très puissante verticale, bridant fortement le doigt comme une corde tendue, lorsqu'on l'enfonçait vers la poche fessière. Dans la flexion de la cuisse, cette bride se détendait : elle a été sectionnée. Hémostase facile. On laisse un drain. Sutures. Pansement, suites opératoires simples, le malade sort le 1^{er} avril complètement guéri.

OBSERVATION X

(DE QUENU. In Thèse PARDO DE TAVERA)

A... cocher entre le 26 février 1889 à l'Hôpital Beaujon pour se faire soigner d'une grosseur qu'il porte à la partie interne du genou gauche.

Cette grosseur a débuté il y a dix-huit mois, elle était alors du volume d'une noix ; puis elle a augmenté assez rapidement pour rester stationnaire jusqu'à il y a quelques semaines.

Cette grosseur paraît avoir occasionné dès le début des symptômes douloureux et de la gêne soit dans la station debout, soit dans la marche. Elle a été traitée par des applications de teinture d'iode depuis plusieurs mois.

23 février.—La tumeur est grosse comme une orange: elle occupe la partie supéro-interne de la jambe gauche : elle est peu mobile sur les parties profondes, surtout dans l'extension de la jambe : elle est alors comme bridée et aplatie par les tendons de la patte d'oie.

Les limites de la tumeur ne sont pas très nettes : il y a autour d'elle comme une sorte d'empâttement des parties molles : on reconnaît par la palpation que c'est dans la

bourse de la patte d'oie que siège la lésion. En outre, en recherchant la fluctuation on sent très nettement cette sorte de crépitation décrite par Dupuytren sous le nom de bruit de chainon.

Le diagnostic d'hygroma avec corps étrangers est alors porté. Opération le 21 mars. Incision de la poche et grattage. Il sort de la bourse séreuse ouverte un liquide filant renfermant des grains riziformes en grande abondance.

Suites opératoires simples.

OBSERVATION XI

(De Alph. ROBERT, in Thèse RICHARD)

L... âgé de 25 ans entre à l'Hôtel-Dieu le 17 juillet 1858. Il raconte que depuis un an environ il éprouvait dans l'épaule droite des douleurs qu'exaspéraient les mouvements un peu énergiques du bras. Ces mouvements y provoquaient aussi un espèce de frémissement.

A l'examen, on reconnaît à la face antérieure du moignon de l'épaule droite un gonflement qui efface le sillon deltopectoral et même le remplace par une tumeur lisse, molle, indolente située entre le deltoïde et la tête de l'humérus.

La tumeur est fluctuante, hémisphérique, nettement circonscrite. On perçoit en recherchant la fluctuation une sensation particulière de crépitation. M. Robert se basant sur l'anatomie de la région et la clinique arrive aux conclusions suivantes : hygroma à grains riziformes développé dans la bourse séreuse sous-deltoïde. Une ponction exploratrice faite avec un trocart moyen confirme ce diagnostic. L'intervention consista en une ponction avec un gros trocart qui donna issue à 1500 grammes d'un liquide clair, filant, mélangé à de nombreux grains riziformes. La ponction fut suivie d'injection iodée. Pendant les deux premiers jours, légère inflammation de la poche.

Le malade sort guéri quatorze jours après la ponction.

OBSERVATION XII (résumée)

(CAMPENON. In thèse RICHARD)

Pierre A... 33 ans, domestique, entre le 16 novembre 1892 à la Charité dans le service de M. Campénon. Il vient pour une tumeur du volume d'une mandarine située dans la région deltoïdienne gauche. Début il y a dix-huit mois sans cause connue.

Tumeur nettement circonscrite, sans lobulation, située sous le deltoïde. A l'état de repos, la tumeur est franchement fluctuante et on a l'impression de grains riziformes qu'on se renvoie d'un doigt à l'autre.

On retrouve dans les antécédents du malade une ostéoarthrite bacillaire du genou à 15 ans, guérie, avec une ankylose du genou en bonne position.

On pose le diagnostic d'hygroma à grains riziformes de la bourse sous-delloïdienne.

Opération le 20 novembre 1897. Incision de 10 centimètres, partant de l'acromion et parallèle aux fibres du deltoïde. On écarte ces fibres et on tombe sur la poche fluctuante que l'on dissèque sans l'ouvrir: elle se continue avec la bourse séreuse sous-acromiale et présente un autre prolongement se dirigeant vers le tendon du long biceps. Comme on ne peut le disséquer jusqu'au bout, on l'ouvre et il s'en écoule environ 100 grammes de liquide séropurulent tenant en suspension de nombreux grains riziformes. Excision de la poche. Pansement. Le malade sort guéri le 29 novembre.

OBSERVATION XIII

(In th. GAUTRAND. Paris 1898-99)

Angèle C..., 36 ans, entrée le 6 mars 1899 à la Pitié, salle Gerby.

Antécédents héréditaires : mère morte tuberculeuse.

Antécédents personnels ; rougeole à 8 ans, réglée à 19 ans, règles régulières et non douloureuses, un enfant bien portant.

Elle fait remonter à un an le début de l'affection par de l'enflure et de la douleur.

La douleur a rapidement disparu.

Depuis, la tumeur n'a point augmenté, mais de dure, elle est devenue molle peu à peu.

Le palper fait reconnaître au devant de la rotule une tumeur aussi grosse qu'une mandarine.

Elle est fluctuante, irréductible.

On sent la crépitation neigeuse produite par des corps étrangers.

Opération le 13 mars.

Incision longitudinale, face antérieure du genou, longue de 6 centimètres. Dissection de la poche jusqu'à la face antérieure de la rotule à laquelle elle est très adhérente. A ce niveau, nécessité d'ouvrir la poche et de détacher peu à peu la paroi profonde de la tumeur. La poche kystique présente des parois blanchâtres et opaques assez épaisses. Le contenu est un liquide citrin, renfermant en grande quantité des grains riziformes.

Nous nous sommes rendu auprès de la malade, deux mois après l'opération. Sa guérison est complète ; elle n'accuse aucune douleur, aucune gêne. Son genou est normal.

OBSERVATION XIV (Volkman).

Frédéric Riche, 49 ans. Hygroma prérotulien proliférant droit. Paroi modérément épaissie sur laquelle sont implantés des grains riziformes pédiculés et disséminés. Incision le 2 octobre 1874. Suites apyrétiques. Pansement de Lister jusqu'au neuvième jour. Cicatrisation complète bientôt après.

OBSERVATION XV (Volkman).

Max Kowen, 9 ans. Hygroma prérotulien proliférant droit (le premier cas d'hygroma prérotulien que j'aie vu à cet âge). Incision le 7 mai 1875. Paroi modérément épaisse; grains riziformes clairs-semés, en partie libre, en partie adhérents. Deux pansements antiseptiques seulement. Suites apyrétiques, réunion du sac par première intention. Le septième jour, envoyé à la polyclinique pour soins post-opératoires, avec une plaie insignifiante granuleuse. Guérison définitive bientôt après.

OBSERVATION XVI (Volkman).

Christ Dietrich, 25 ans. Hygroma proliférant droit. Le 5 novembre 1875, ouverture du sac. Paroi interne rugueuse, couverte d'excroissances. Suites apyrétiques. Trois pansements de Lister jusqu'au 15 novembre. Réunion du sac par première intention. Sorti le 2 décembre avec une plaie de la grosseur d'un pois, plane, granuleuse.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. DUVERNAY, interne des hôpitaux.)

Le malade est âgé de 53 ans; il y a quatre ans, il eut une pleurésie droite; il en reste de l'obscurité respiratoire sur presque toute la hauteur du poumon. Les sommets sont pourtant normaux, le malade ne tousse pas, ne crache pas, il a toujours conservé son embonpoint.

Pas d'autres antécédents rhumatismaux qu'une légère atteinte de douleurs rhumatoïdes dans une épaule il y a au moins quinze ans.

D'autre part, jamais de grand traumatisme ayant porté sur le genou, mais depuis 40 ans, P... est plâtrier-peintre et dans son métier, il a la spécialité des ouvrages près de terre; les plinthes des portes, les soubassements des murs, les faux marbres, etc. Pour ce travail, il s'agenouille, mais non des deux genoux, un seul touche terre, dans l'attitude de la gémiflexion, position, paraît-il, moins pénible.

Il y a deux ans, P... s'aperçut, par hasard, d'une légère tumeur au-dessus du genou droit: elle était molle, fluctuante, « douce », dit le malade. Cette tumeur augmente petit à petit, sans occasionner grande gêne. Dans le courant de l'année dernière, une nouvelle tumeur semblable à la première prit naissance autour d'elle, en bas de la rotule. Toutes deux augmentèrent insensiblement de volume, se rapprochèrent et finalement arrivèrent à communiquer, ce dont le malade s'aperçut en faisant refluer le contenu de l'une dans l'autre.

Lorsqu'il se présente à la visite, le 5 novembre, il est porteur d'une énorme masse bilobée, comme collée à la face antérieure du genou.

Le lobe supérieur est arrondi, il siège exactement à la partie antérieure de la rotule et remonte très peu au-dessus; sa consistance est essentiellement fluctuante, pressée avec la paume de la main, il s'affaisse, tandis que l'intérieur se gonfle et se tend. A ce même moment, soit la main qui presse, soit l'autre main placée sur le lobe inférieur, perçoit dans l'expression brusque, très nettement le *bruit* ou plutôt la *sensation de chaînon*, telle qu'on la décrit dans les synovites à grains du poignet, nous disons « sensation », car l'auscultation, même la plus minutieuse, ne permet de saisir aucun bruit. D'autre part, et cela se conçoit, cette sensation n'est pas perçue dans les mouvements exécutés par le malade lui-même, comme on l'obtient dans les synovites à grains du poignet (Viannay). Déprimée et presque vidée la poche laisse sentir au doigt la face antérieure de la rotule: celle-ci est rugueuse; le

doigt, promené à la surface, ressent des saillies et des creux irrégulièrement disséminés, de temps à autre, on saisit sous le doigt des corps étrangers, petits, roulant comme des noyaux. Quelques-uns d'entre eux semblent à poste fixe, surtout en dedans.

Le lobe inférieur beaucoup plus volumineux, est triangulaire, à sommet inférieur; à base légèrement excavée, son angle interne s'avance très haut, jusqu'au condyle du fémur.

Entre les deux poches, et les séparant très nettement, se trouve un sillon assez profond et qu'il est facile de voir sur la photographie qu'on a faite du malade.

L'articulation est absolument saine, tous les mouvements sont possibles, ils restent seulement un peu limités par suite de l'énorme masse prérotulienne.

Au-dessous du genou, les veines sont légèrement dilatées.

Quelques ganglions à l'aîne, sans importance d'ailleurs, ils sont bilatéraux.

L'opération est pratiquée par M. Rollet le 7 novembre. Une incision faite à la partie médiane du lobe inférieur ouvre la poche: il en sort un jet de liquide jaune contenant *une grande quantité de grains* petits, transparents, analogues à de la semoule ou du sagou cuits. La poche est très épaisse; disséquée méthodiquement aux ciseaux, elle est excessivement adhérente aux tissus voisins, sans plans de clivage, sauf peut-être à sa face profonde, ce plan d'ailleurs pouvant être l'une des deux autres bourses prérotuliennes. La bourse ainsi extirpée répond exactement à ce qu'en indiquait la palpation: deux lobes, l'un supérieur plus petit, l'autre inférieur plus gros et poussant un prolongement en dedans. Entre les deux, le doigt est pris dans un rétrécissement laissant passer l'index. Le rétrécissement est encore augmenté par la présence d'une bride traversant en diagonale son orifice supérieur.

La paroi interne, presque lisse au bord inférieur, est à

l'autre lobe parsemée de formations nouvelles, les unes à court pédicule, les autres complètement adhérentes. Quelques-unes ont la consistance cartilagineuse et sont blanchâtres, nulle part de fongosités ; la paroi donne assez l'impression d'une vieille synovite à grains, dépolie, et rugueuse.

Une légère ouverture cutanée est faite au point déclive, en dedans par précaution. Suture, pansement compressif, immobilisation.

Le soir de l'opération, le malade a 37° 5, c'est sa plus haute température.

Huit jours après, on fait le premier pansement, la réunion a été immédiate. Les fils sont ôtés : par la contre-ouverture il s'est écoulé de la sérosité sanguinolente.

Quinze jours après, le malade marche, va et vient dans la salle. Il est présenté à la Société des sciences médicales, le 27 novembre 1901, complètement guéri, avec l'articulation du genou entièrement libre.

OBSERVATION XVIII (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major de 1^{re} classe RUOTTE)

G. François 21 ans. Soldat au 99^e d'infanterie. Entre à l'hôpital Desgenettes, le 4 janvier 1901, pour une tuméfaction siégeant au-dessus du genou droit. Rien dans ses antécédents héréditaires. A eu depuis l'âge de 15 ans quelques légers rhumes en hiver seulement.

La déformation qu'il présente a été remarquée par le malade à la fin de septembre 1900. Elle avait le volume d'un œuf de poule et ne causait aucune gêne. Sous l'influence des exercices militaires, elle augmenta de volume, et finit par causer de la gêne et un peu de douleurs.

Il entre à l'hôpital de Bourgoin où on fait une ponction blanche : c'est alors qu'il est évacué sur l'hôpital Desgenettes.

A la vue on constate une tuméfaction siégeant surtout au côté interne de la cuisse droite au-dessus du genou. Elle semble s'arrêter en bas à l'articulation du genou, en haut à 7 ou 8 centimètres de ce point : elle est mal limitée en dedans et en dehors. Sa surface est irrégulière, son volume est bien comparable à un œuf d'oie. La peau a sa coloration normale, et quand on fait contracter les muscles de la cuisse, la tuméfaction s'arrondit d'une façon notable.

A la palpation, les plans superficiels ne présentent rien de particulier : la tumeur ne peut guère être limitée plus exactement que par la vue. Cependant on reconnaît très bien qu'elle ne communique pas avec le genou qui est absolument sain et ne contient pas la moindre goutte de liquide.

La consistance est molle, rénitente, presque fluctuante quand les doigts exercent des pressions suivant la direction verticale : quand au contraire on fait cette recherche transversalement, la main droite appuyant sur le côté interne de la tumeur, tandis que la gauche est appuyée sur le côté externe, on obtient la sensation caractéristique dite crépitation à grains riziformes, bruit de chaînon.

Rien autre de particulier à signaler.

Opération le 14 janvier 1901, par deux incisions longitudinales externe et interne ; les couches musculaires incisées, on arrive sur la poche tendue et absolument remplie ; elle est facile à détacher du squelette, mais du côté de la face profonde du quadriceps, il faut la disséquer : il n'existe nulle part de plan de clivage ; cette dissection est assez longue à cause des précautions nécessaires pour éviter l'ouverture du genou. On finit par enlever la poche en laissant intacte la synoviale du genou qu'on aperçoit nettement.

En raison du suintement sanguin, on passe un drain sous le quadriceps : sutures, pansement, légères douleurs le premier jour mais qui disparaissent le lendemain.

19 janvier. — Il survient une légère élévation de température 38°,6 à la suite de la suppuration d'un fil cutané.

Le drain est enlevé le dixième jour avec les autres fils.

L'opéré ne se décide à exécuter quelques mouvements que quand toute sensation douloureuse a disparu du foyer opératoire. Le 6 mars il se lève et marche avec une canne. Il est réformé en avril et renvoyé dans ses foyers.

L'examen histologique de la paroi a montré des follicules tuberculeux très nets. L'inoculation des grains à des cobayes les a tuberculisés.

Ajoutons que la poche était remplie de grains à éclater, et ne contenait pas la moindre goutte de liquide.

OBSERVATION XIX (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major VIALLE).

L..., Pierre, 22 ans, soldat au 98^e régiment d'infanterie entré à l'hôpital militaire Desgenettes, le 8 mars 1903, dans le service de M. le médecin-major Vialle, pour une tuméfaction siégeant au niveau de la malléole interne, jambe gauche. Son père eut des hémoptysies à la suite d'une chute de cheval et mourut six mois après l'accident. Rien dans ses antécédents personnels.

Le 3 février 1903, faisant l'exercice, le malade fut commandé pour un exercice d'assouplissement au cours duquel il ressentit une douleur violente dans la région malléolaire interne : il put cependant continuer son service toute la journée. Le lendemain, il se présenta à la visite et fut dispensé de service pendant quatre jours. Il reprit ensuite son service pendant neuf jours. Mais la douleur et l'enflure consécutive persistant, il fut admis à l'infirmerie le 15 février. Il y resta jusqu'au 2 mars et fut évacué sur l'hôpital Desgenettes où il entra le 8 mars.

A l'examen, on se trouve en présence d'un homme bien

constitué, mais présentant une saillie anormale au niveau de la malléole interne. Le tendon du jambier postérieur présente normalement une prédisposition à la luxation. On le voit faire saillie sur le bord postérieur de la malléole interne. La peau n'est pas rouge et ne présente pas d'ecchymoses. On aperçoit sur la malléole interne du côté gauche une déformation bilobée, occupant la malléole interne et se continuant à la partie postérieure, dans l'espace rétro-malléolaire.

A la palpation, la peau glisse parfaitement sur le tissu cellulaire sous-cutané et ne présente pas d'adhérences. La tumeur siège dans le tissu cellulaire sous-cutané : elle n'adhère pas à la malléole interne qui est absolument saine. Si on palpe le prolongement postérieur de la saillie, on peut se demander si on n'a rien au niveau de la gaine des fléchisseurs ; tous les mouvements du pied s'effectuent sans influencer la tumeur : elle est donc parfaitement indépendante.

Si l'on appuie le doigt sur la partie antérieure de la saillie et que l'on exerce une pression sur le cul-de-sac postérieur, on a nettement l'impression de corps ronds filant sous les doigts, mais ces corps ne peuvent passer d'une poche dans l'autre. On a la sensation très nette de chaînons : le diagnostic d'hygroma à grains riziformes dans une bourse séreuse anormale est alors posé.

Intervention le 14 mars. — Incision au niveau de la région malléolaire interne. Après dissection de la peau, on tombe sur une poche en sablier présentant un cul-de-sac antérieur assez restreint situé sur la malléole et un cul-de-sac postérieur descendant dans la région rétromalléolaire. On trouve dans le cul-de-sac antérieur plusieurs grains riziformes dont l'un est d'un volume supérieur au canal faisant communiquer les deux culs-de-sac. C'est ce qui explique que par la palpation on n'ait pu vider un des culs-de-sac dans l'autre. La double poche est disséquée et enlevée intégralement : elle ne présentait aucunes connexions

avec les gaines tendineuses voisines, ni avec le plan osseux sous-jacent. Sutures au crin de Florence, drain. Pansement aseptique. Suites opératoires très simples : après trois pansements le malade sort guéri le 5 avril avec un retour complet *ad integrum*.

CONCLUSIONS

1° L'hygroma à grains riziformes est une affection rare, qui nécessite pour se développer des contusions ou des frottements répétés, au niveau de la bourse séreuse où il siège, ainsi que l'existence de la diathèse tuberculeuse héréditaire ou acquise.

2° Les grains dans les hygromas comme dans les synovites se développent aux dépens de la paroi de la poche. Le mécanisme particulier de leur formation tient à la physiologie pathologique des bourses séreuses.

3° Le bruit de chaînon, considéré comme un signe pathognomonique, manque dans presque la moitié des cas. Il est constant quand on a affaire à une poche présentant un rétrécissement.

4° Le traitement de choix est la cure radicale, c'est-à-dire la dissection et l'extirpation complète de la bourse séreuse où siège l'affection.

VU :

Le Président de la Thèse,

M. POLLOSSON.

VU :

Le Doyen :

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 5 Décembre 1903.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BESNARD. — Thèse, Bordeaux, 1887.
- CABON. — Thèse, Paris, 1897.
- DELORME. — Hyggroma sous-deltôïdien (Bull. Soc. Chir. 1894).
- DUVERNAY. — De l'hyggroma à grains riziformes. (Lyon Médical, janvier 1902).
- FORGET. — Hyggroma à grains riziformes (Bull. Soc. Chir. 1855.)
- GAUTRAND. — Thèse, Paris, 1898.
- GÖRRÉ. — Beitrage Zur Klin. Chir. 1891, II.
- GOSSELIN. — Chirurgie Clinique. de la Charité, 1869.
- KIRMISSON. — Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus. T. VIII.
- LANDOW. — Archiv. für. Klin. Chir. 189, p. 967.
- LEBON. — Thèse, Lille, 1895.
- LEJARS. — Revue de la Tuberculose, 1893.
- LEJARS et LABBÉ. — Revue de la Tuberculose, octobre 1896.
- MANZ. — Thèse, Fribourg, 1892.
- MARTIN. — Thèse, Paris, 1889.

NICAISE-POULET-VAILLARD. — Nature tuberculeuse des hygromas et synovites à grains riziformes (Revue de Chirurgie, 1855).

PETIT J. B. — Thèse, Paris, 1891.

PEUGNIEZ. — Tuberculose primitive de la bourse du jumeau interne (Gazette Médicale de Picardie, août 1891).

RICHARD. — Thèse, Paris, 1897.

SCHUCHARDT, — Traité de Duplay et Reclus, Tome I, p. 852.

SYDNEY-JONES. — The Lancet, 1869.

VIANNAY. — Lyon Médical, 1901.

VOLKMANN. — Traitement des hygromas à grains riziformes (Berlin-Klin. Woch. 1874).

WALICH. — Gazette des Hôpitaux, 24 sept. 1889.

